

RICHIESTA SOMMINISTRAZIONE FARMACI A SCUOLA

1) Certificazione del medico curante

L'alunno _____, diagnosi (facoltativa): _____
richiede la seguente terapia farmacologia, ritenuta d'assoluta necessità, senza alternative alla somministrazione in orario scolastico e praticabile nella scuola:

NOME COMMERCIALE DEL FARMACO	DOSE, FREQUENZA E MODALITÀ DI SOMMINISTRAZIONE	EVENTO CHE DETERMINA L'ESIGENZA DI SOMMINISTRAZIONE DEL FARMACO
DURATA PREVISTA DELLA TERAPIA		
FARMACI CHE NECESSITANO DI MODALITÀ SPECIALI DI CONSERVAZIONE		

DATA	TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO

2) Autorizzazione dei genitori : i genitori dell'alunno/a di seguito identificato/a

COGNOME	-
NOME	-
DATA DI NASCITA	-
INDIRIZZO	-
TELEFONO REPERIBILE	-
SCUOLA	-
CLASSE	-
DIRIGENTE SCOLASTICO	-

Considerata l'assoluta necessità di terapia farmacologica da eseguirsi in ambito ed orario scolastico, i genitori autorizzano il Dirigente scolastico a provvedere all'attuazione della prescrizione e sollevano il personale scolastico o volontario da ogni responsabilità sanitaria derivante dalla somministrazione della terapia farmacologica prevista dalla prescrizione sopra riportata.

DATA	FIRMA DEL GENITORE

FIRMA PER ATTUAZIONE DEL DIRIGENTE SCOLASTICO